

# Nieuwe ASCO-richtlijn voor het signaleren en behandelen van angst- en depressieve klachten bij volwassenen met kanker

## New ASCO guideline for the screening and treatment of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer

drs. C.S.E.W. Schuurhuizen<sup>1</sup>, prof. dr. H.M.W. Verheul<sup>2</sup>, drs. A.M.J. Braamse<sup>3</sup>, dr. M.H.M. van der Linden<sup>4</sup>, prof. dr. J. Dekker<sup>5</sup> en dr. I.R.H.M. Konings<sup>6</sup>

### Samenvatting

Angst en depressieve gevoelens komen frequent voor bij patiënten met kanker, maar worden in de praktijk niet altijd onderkend en adequaat behandeld. Het blijkt lastig onderscheid te maken tussen klachten die 'erbij horen' en klachten die verdere hulpverlening behoeven. Er zijn richtlijnen opgesteld om dit probleem te ondervangen. De 'American Society of Clinical Oncology' (ASCO) heeft recentelijk de Pan-Canadese richtlijn voor het signaleren en behandelen van symptomen van angst en depressie bij patiënten met kanker aangepast en overgenomen. In dit artikel worden de belangrijkste overeenkomsten en verschillen ten opzichte van de in Nederland gehanteerde richtlijn besproken. Aan de hand van een lopende nationale studie wordt tevens getracht de aanbevelingen uit beide richtlijnen in perspectief te plaatsen.

(*Ned Tijdschr Oncol* 2014;11:278-83)

### Summary

Feelings of anxiety and depression are common in adult patients with cancer. However, these feelings are often under-recognized and therefore adequate treatment or referral is not frequently provided. Selecting those patients who need further treatment from patients who are able to cope with these symptoms has shown to be difficult in clinical practice. Guidelines are used to address this issue. Recently the American Society of Clinical Oncology (ASCO) has revised and accepted the Pan-Canadian guideline on signaling and treating anxiety and depressive symptoms in patients with cancer. In this article, the foremost similarities and differences between the ASCO guideline and the Dutch guideline are discussed. On the basis of an ongoing study we aim to put recommendations from both guidelines in perspective.

### Inleiding

Symptomen van angst en depressie komen in verhoogde mate voor bij oncologische patiënten. Onderzoek

wijst uit dat het merendeel van de patiënten over voldoende veerkracht beschikt om met de psychologische last die de ziekte, de diagnose of de behandeling van

<sup>1</sup>arts-onderzoeker, afdeling Medische Oncologie, VUmc Cancer Center Amsterdam, en afdeling Psychiatrie en EMGO Instituut voor onderzoek naar Gezondheid en Zorg, VUmc, <sup>2</sup>oncoloog, hoofd afdeling Medische Oncologie, VUmc Cancer Center Amsterdam, <sup>3</sup>psycholoog, PhD-student, afdeling Psychiatrie en EMGO Instituut voor onderzoek naar Gezondheid en Zorg, VUmc, <sup>4</sup>klinisch psycholoog, afdeling Medische Psychologie, VUmc, <sup>5</sup>psycholoog, hoogleraar paramedische zorg, afdeling Psychiatrie en EMGO Instituut voor onderzoek naar Gezondheid en Zorg, VUmc, en afdeling Revalidatiegeneeskunde, VUmc, <sup>6</sup>oncoloog, afdeling Medische Oncologie, VUmc Cancer Center Amsterdam, Amsterdam. Correspondentie graag richten aan mw. dr. I.R.H.M. Konings, oncoloog, afdeling Medische Oncologie, VU medisch centrum, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, tel.: 020 444 43 00, e-mailadres: i.konings@vumc.nl

Belangenconflict: geen. Financiële ondersteuning: De TES-studie wordt gefinancierd door stichting Alpe d'HuZes/KWF (VU 2011-5279).

**Trefwoorden:** angst, ASCO, colorectaal carcinoom, depressie, 'distress', gemetastaseerde ziekte, kosteneffectiviteit, kwaliteit van leven, psychologische screening, richtlijn, 'stepped care'

**Keywords:** ASCO, anxiety, colorectal cancer, cost-effectiveness, depression, distress, guideline, metastasized disease, quality of life, screening, stepped care

**Tabel 1.** Overzicht richtlijnen.

	Overzicht van de ASCO-richtlijn 'Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer'	Overzicht van de Nederlandse richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'
<b>Doelpopulatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volwassen oncologiepatiënten</li> <li>- Zorg in ziekenhuis</li> <li>- Elk type kanker</li> <li>- Elk stadium en elke behandelingsfase (diagnostisch, curatief of palliatief)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volwassen oncologiepatiënten</li> <li>- Zorg in ziekenhuis</li> <li>- Elk type kanker</li> <li>- Elk stadium en elke behandelingsfase (diagnostisch, curatief of palliatief)</li> </ul>
<b>Doelgroep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle professionele zorgverleners betrokken bij diagnostiek, behandeling en begeleiding (waaronder basisbehandelaars, gespecialiseerde psychosociale hulpverleners en (para)medische hulpverleners)</li> <li>- Patiënten, familieleden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle professionele zorgverleners betrokken bij diagnostiek, behandeling en begeleiding (waaronder basisbehandelaars, gespecialiseerde psychosociale hulpverleners en (para)medische hulpverleners)</li> </ul>
<b>Screening</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signaleren van acute risicofactoren</li> <li>- Screening van depressieve symptomen door middel van de 'Patient Health Questionnaire' (PHQ-9).</li> <li>- Screening van 'distress' en angst door middel van de 'Generalized Anxiety Disorder-7'-vragenlijst (GAD-7)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signaleren van 'distress' door middel van de Lastmeter</li> </ul>
<b>Meetmomenten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ten tijde van diagnose</li> <li>- Start behandeling</li> <li>- Frequente intervallen tijdens behandeling</li> <li>- Aan het einde van een behandeling</li> <li>- Bij recidief, metastasen en/of progressie</li> <li>- Bij overgang van curatieve naar palliatieve behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ten tijde van diagnose</li> <li>- Start behandeling</li> <li>- Frequente intervallen (2-3 maanden) tijdens behandeling</li> <li>- Bij start en einde van elke behandeling</li> <li>- Bij overgang behandeling naar controlefase</li> <li>- Bij recidief, metastasen en/of progressie</li> <li>- Bij overgang van curatieve naar palliatieve behandeling</li> </ul>
<b>Uitvoering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afnahme en bespreking van screening is een gedeelde verantwoordelijkheid van het klinische team</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verpleegkundige of behandelend arts bespreken screeningsresultaat direct met patiënt</li> </ul>
<b>Verwijzing en behandeling</b>	<p>Afhankelijk van de score op de meetinstrumenten is er een concreet behandelplan (2) opgesteld met betrekking tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwijzingen naar passend specialisme afhankelijk van aard en ernst symptomen</li> <li>- Farmacologische of niet-farmacologische interventies (empirisch onderbouwd)</li> <li>- Gebruik van 'stepped care'-aanpak</li> </ul>	<p>Afhankelijk van de score op de Lastmeter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemen met patiënt bespreken</li> <li>- Patiënt attenderen op gangbare vormen van (zelf)hulp en zo nodig vervolggesprek aanbieden</li> <li>- Bij behoefte aan gespecialiseerde hulp passende verwijzing regelen, afhankelijk van op welk zorggebied zich problemen voordoen</li> <li>- Zo nodig bespreking patiënt in een multidisciplinair overleg (MDO)</li> <li>- Gebruik van 'stepped care'-aanpak</li> </ul>
<b>Follow-up</b>	<p>Tweewekelijkse of maandelijkse follow-up met betrekking tot de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naleving van psychologische verwijzing</li> <li>- Tevredenheid psychologische verwijzing</li> <li>- Therapietrouw farmacologische behandeling</li> </ul> <p>Na 8 weken indien nodig behandelplan aanpassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terugkoppeling en evaluatie dient in een protocol per instelling te worden uitgewerkt</li> </ul>

## TES: 'Screening and treatment of psychological distress in colorectal cancer with metastasized disease'

### Doel

Evaluatie van de effectiviteit van het TES-programma in het reduceren van psychologische 'distress' bij patiënten met gemetastaseerde colorectale kanker, in vergelijking met gebruikelijke zorg.

### Uitkomstmaten

Primair: vermindering van psychologische 'distress'.

Secundair: kwaliteit van leven, patiëntevaluatie van zorg, herkenning

en behandeling van psychologische 'distress' en kosteneffectiviteit van het TES-programma.

### Inclusiecriteria

- Patiënten met gemetastaseerd colorectaal carcinoom
- Start met eerstelijnschemotherapie
- Levensverwachting >3 maanden

### Exclusiecriteria

- Leeftijd <18 of >85 jaar
- Niet beheersen van de Nederlandse taal
- Psychotherapie in de afgelopen 3 maanden



Figuur 1. Overzicht TES-studie.

kanker met zich meebrengt om te gaan. Desondanks blijkt een aanzienlijk deel van de patiënten (30-40%, afhankelijk van type en locatie van kanker) zo veel psychologische problemen te ervaren, dat verwijzing naar een gespecialiseerde psychosociale/(para)medische zorgverlener nodig is.<sup>1</sup> Frequent wordt psychosociale problematiek echter niet opgemerkt of wordt de noodzaak tot verwijzing onderschat.<sup>2</sup> Aanwezigheid van angst of somberheid wordt beschouwd als een normale reactie, waardoor een verwijzing naar psychosociale hulp in het grootste deel van de gevallen, deels terecht, uitblijft. In sommige gevallen is een verwijzing echter wel aangewezen en het signaleren van die patiënten bij wie verwijzingen wel noodzaak zijn, blijkt in de praktijk lastig.

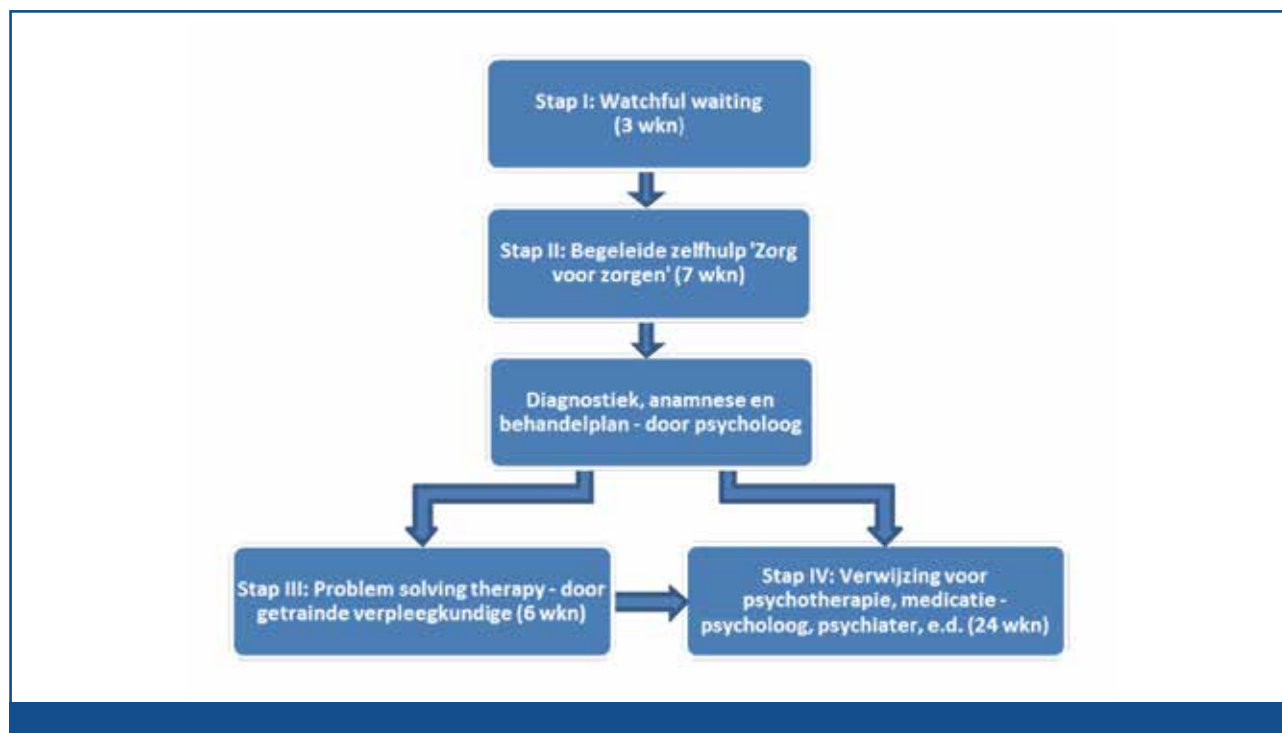
Ongeacht het moment en de omstandigheden waarbij psychologische comorbiditeit ontstaat, kunnen de emotionele en sociale gevolgen voor patiënten aanzienlijk zijn, alsmede de economische gevolgen voor de gezondheidszorg in het algemeen. De 'American Society of Clinical Oncology' (ASCO) heeft in mei dit jaar de richtlijn 'Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer' toegevoegd aan hun standaard.<sup>3</sup> Deze richtlijn is een stap voorwaarts in het herkennen en behandelen van symptomen van angst en somberheid in de oncologische zorg.

### Werkwijze

Gebaseerd op een Pan-Canadese praktische richtlijn formuleerde de ASCO-werkgroep de volgende uitgangsvraag: Wat zijn de optimale screenings-, assessment- en behandelingenbenaderingen in de behandeling van volwassen patiënten met kanker die symptomen van depressie en angst ervaren? Adaptatie van richtlijnen wordt door de ASCO alleen overwogen in speciale omstandigheden, wanneer kwaliteitsrichtlijnen over hetzelfde onderwerp al zijn ontwikkeld door andere organisaties. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de ADAPTE-methode, waarbij de bestaande richtlijn eerst methodologische en vervolgens inhoudelijk wordt beoordeeld en waar nodig aangepast.<sup>4</sup> Twee onafhankelijke methodologen zorgden voor het methodologische aspect, alsmede selectie, beoordeling en beschrijving van relevante literatuur en daaruit voortvloeiende conclusies. Een multidisciplinair ad-hoc-panel voltooide vervolgens de inhoudelijke beoordeling en de bijbehorende overwegingen en aanbevelingen.

### Inhoud

In Nederland is in 2010 een vergelijkbare richtlijn aangenomen: 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'.<sup>5</sup> Met deze richtlijn beoogt men te bewerkstelligen dat bij alle volwassen patiënten met kanker die zorg ontvangen in



**Figuur 2.** 'Stepped care'-model TES-studie.

een ziekenhuis op systematische wijze wordt gesignaleerd of er sprake is van psychologische problematiek. Tevens dient zij ter bevordering van het aanbieden van passende zorg.

In *Tabel 1*, pagina 279, wordt een overzicht gegeven van de ASCO- en Nederlandse richtlijn gericht op psychologische comorbiditeit bij patiënten met kanker. Overeenkomstig de recente ASCO-richtlijn wordt in de Nederlandse richtlijn screening aanbevolen op frequente meetmomenten: startend in de periode vlak nadat de patiënt de diagnose kanker heeft gekregen, tijdens de behandeling (aan het begin en het einde van elke vorm van behandeling en/of elke 3 maanden wanneer het een langdurige behandeling betreft), tijdens de controleperiode (bij elk controlebezoek, maar niet vaker dan elke 2 of 3 maanden) en tijdens de laatste keer bij het afsluiten van de controlefase en overdracht naar de eerste lijn.

Beide richtlijnen benadrukken dat voor het welslagen van systematische signalering van gevoelens van angst en depressie het aanbeveling verdient dat elke organisatie een instellingsspecifiek protocol uitwerkt, met een gestructureerde procedure waarin is beschreven op welke wijze screening wordt aangeboden, wanneer de meting wordt herhaald en hoe de gegevens worden verwerkt en geëvalueerd. Hierbij dient voldoende mankracht en financiering, almede voldoende tijd en formatie van de gespecialiseerde psychosociale hulpverleners beschikbaar te worden gesteld. Ten slotte dient ook onderlinge afstemming en verwijzing naar gespecialiseerde psychosociale disciplines, terugkoppeling van bevindingen en begeleiding naar basisbehandelaars te worden gefaciliteerd door de instelling.

Het voornaamste verschil ten opzichte van de Nederlandse richtlijn is dat in de richtlijn van de ASCO duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen angst en depressie. Voor een optimale, complete screening op aanwezigheid van symptomen van deze 2 verschillende stemmingsstoornissen, wordt geadviseerd om meerdere screeningsinstrumenten (zoals bijvoorbeeld vragenlijsten) te gebruiken.

In de Nederlandse richtlijn is gekozen om te screenen op aanwezigheid van het breder omvattende begrip 'psychologische distress', waaronder de grote verscheidenheid van psychosociale klachten valt, variërend van gevoelens van kwetsbaarheid en verdriet tot aan klachten van depressie en angst.<sup>6</sup>

Er wordt derhalve geadviseerd gebruik te maken van 1 gevalideerd meetinstrument dat deze psychologische 'distress' meet: de 'Lastmeter'. De Lastmeter meet met 1 item de ernst van psychologische 'distress' met behulp van een thermometer (0-10) en is aangevuld met een probleemlijst verdeeld in 5 verschillende terreinen (lichamelijke problemen, praktische problemen, sociale problemen, emotionele problemen en levensbeschouwelijke problemen), waarop kan worden gezien op welk gebied zich met name klachten voordoen.<sup>7</sup> Ongeacht de score op de Lastmeter, vindt er vervolgens een probleemverkenkend gesprek plaats tussen patiënt en

zorgverlener. De Lastmeter dient echter te worden beschouwd als een signaleringsinstrument, een triage, en niet als diagnostisch instrument. De screeningscore kan het team een richting geven voor verdere diagnostiek en passende verwijzing.

Een ander verschil is dat de richtlijn van de ASCO voorziet in een concreet schema met uitgewerkte behandeltrajecten en behandel mogelijkheden afhankelijk van de ernst van resultaten uit de screening.<sup>3</sup> In de Nederlandse richtlijn worden afhankelijk van de score op de Lastmeter aanbevelingen voor verwijzingen gegeven, maar blijft een gestandaardiseerd behandeltraject uit. Ten slotte ligt in de nieuwe richtlijn van de ASCO meer nadruk op de timing en uitvoering van de momenten van follow-up en herbeoordeling.

### Empirisch bewijs

Een opvallend gegeven is dat er tot op heden geen sluitend bewijs is dat het implementeren van een dergelijk screeningsprogramma (kosten)effectief is.<sup>8</sup> Hoewel aannemelijk, is er in de oncologische setting geen bewijs dat routinematig screenen en vervolgens behandelen van angstige en sombere gevoelens bij patiënten met kanker daadwerkelijk het gewenste effect, afname van deze gevoelens, oplevert. Zo wordt in 2 recente overzichtartikelen wel de effectiviteit van adequate behandeling van reeds gesignaleerde psychologische klachten bij patiënten met kanker onderschreven, maar tegelijkertijd benadrukt dat er vooralsnog geen bewijs is dat een gecombineerd programma van systematisch screenen op psychologische klachten gevolgd door behandeling effectief is.<sup>9,10</sup> De richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' is gebaseerd op consensus van experts en 1 kwalitatieve studie. Momenteel loopt er een door het VUmc Cancer Center Amsterdam geïnitieerde grote nationale studie, de TES-studie: 'Screening and treatment of psychological distress in colorectal cancer with metastasized disease', waarmee de (kosten)effectiviteit van een screeningsprogramma voor psychologische 'distress' bij patiënten met gemetastaseerd colorectaal carcinoom gecombineerd met een 'stepped care'-interventieprogramma wordt geëvalueerd (zie *Figuur 1*, pagina 280). In deze multicentrum gerandomiseerde clusterstudie, waarbij centra als geheel in de controle-, dan wel in de interventiegroep loten, wordt onderzocht of het TES-programma effectiever is in het reduceren van psychologische 'distress' dan de huidige standaardzorg. In de experimentele groep wordt op vooraf vastgestelde momenten screening uitgevoerd aan de hand van de Lastmeter, zoals geadviseerd in de Nederlandse richtlijn. Door de Lastmeter in deze studie te combineren met het tegelijkertijd afnemen van de 'Hospital Anxiety and Depression Scale' (HADS), waarbij

### Deelnemende centra TES-studie

1. VU medisch centrum, Amsterdam
2. Amstelland Ziekenhuis, Amstelveen
3. Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
4. Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp
5. Meander Medisch Centrum, Amersfoort
6. Waterlandziekenhuis, Purmerend
7. Zaans Medisch Centrum, Zaandam
8. Gemini Ziekenhuis, Den Helder
9. Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
10. Medisch Spectrum Twente, Enschede
11. St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht
12. Diaconessenhuis, Leiden
13. Flevoziekenhuis, Almere
14. Rijnstate, Arnhem
15. Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden
16. Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag (onder voorbehoud)

**Figuur 3.** Overzicht van deelnemende centra aan de TES-studie.

specifiek op aanwezigheid van gevoelens van angst en depressie wordt gescreend, krijgt de zorgverlener een concreter beeld van de ernst en aard van psychologische 'distress'.<sup>11</sup> Afhankelijk van de resultaten van beide screeningsinstrumenten tezamen krijgen patiënten een passend 'stepped care'-programma aangeboden (zie *Figuur 2*). Met het 'stepped care'-programma kunnen verschillende interventies worden aangeboden al naar gelang de mate van 'distress' en behoefte van de patiënt: een periode van 'watchful waiting', een kort zelfhulp-programma gebaseerd op 'Problem Solving Therapy' (PST), 'face-to-face'-PST gegeven door getrainde verpleegkundigen of verwijzing naar reguliere psychologische zorg (psycholoog, psychiater, maatschappelijk werk, enzovoort). Na elke stap wordt opnieuw gescreend op de aanwezigheid van 'distress'. In de controlegroep wordt de huidige gebruikelijke zorg aangeboden. In totaal zullen er 715 patiënten worden geïncludeerd, verspreid over 16 centra (zie *Figuur 3*, pagina 282), waarbij de eerste resultaten worden verwacht in 2016.

### Conclusie

Gevoelens van angst en somberheid bij patiënten met

kanker zijn geassocieerd met verlaagde kwaliteit van leven en stijgende kosten van de gezondheidszorg. Zowel op nationaal als internationaal gebied zijn er nu richtlijnen aangenomen om deze ontwikkelingen een halt toe roepen. Het screenen en in een vroeg stadium behandelen van patiënten met angst of depressieve symptomen zou een goede aanpak kunnen zijn voor deze problemen. Wetenschappelijke onderbouwing vanuit grote gerandomiseerde studies ontbreekt echter nog. Door de resultaten uit de TES-studie zal duidelijkheid komen over de daadwerkelijke (kosten)effectiviteit van dergelijke screenings- en behandelingsprogramma's in de oncologische setting.

## Referenties

1. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10:19-28.
2. Kruijver IPM, Garssen B, Visser AP, et al. Signalising psychosocial problems in cancer care: The structural use of a short psychosocial checklist during medical or nursing visits. *Patient Educ Couns* 2006;62(2):163-77.
3. Andersen B, DeRubeis R, Berman B, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation 2014. Te raadplegen via [www.asco.org/screening-assessment-and-care-anxiety-and-depressive-symptoms-adults-cancer-american-society](http://www.asco.org/screening-assessment-and-care-anxiety-and-depressive-symptoms-adults-cancer-american-society).
4. ADAPTE Collaboration. The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation (version 2.0). Guidelines International Network, 2009. Te raadplegen via [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net).
5. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg. Te raadplegen via [www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=30839&richtlijn\\_id=677](http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=30839&richtlijn_id=677).
6. National Comprehensive Cancer Network. Practice guidelines in oncology: distress management. Version 1. National Comprehensive Cancer Network Inc, 2002.
7. Tuinman M, Gazendam-Donofrio S, Hoekstra-Weebers J. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer* 2008;113(4):870-8.
8. Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol* 2013;52:216-24.
9. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* 2012;30:1160-77.
10. Shimizu K. Effects of integrated psychosocial care for distress in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2013;43(5):451-7.
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.

*Ontvangen 15 augustus 2014, geaccepteerd 11 september 2014.*